

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 167

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MANIFESTATIONS OCULAIRES
DU ZONA OPHTALMIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 21 Avril 1920
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
Christian PIERRON

Né le 6 Janvier 1892, à Nancy.



LYON
IMPRIMERIE L. BASCOU
42-44, Rue Sala, 42-44

—
20 Avril 1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MANIFESTATIONS OCULAIRES
DU ZONA OPHTALMIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 167

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MANIFESTATIONS OCULAIRES
DU ZONA OPHTALMIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Avril 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Christian PIERRON

Né le 6 Janvier 1892, à Nancy.



LYON
IMPRIMERIE L. BASCOU
42-44, Rue Sala, 42-44

—
20 Avril 1920

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, POLLOSSON M.,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Physique biologique. Radiologie et Physiothérapie.....	LEPINE (J.)
Chimie biologique.....	WEILL
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie.....	GUIART
Pathologie interne.....	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique.....	DOYON
Médecine opératoire.....	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène.....	X...
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe.....	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	X...	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LERICHE	FROMENT	BONNAMOUR,
COMMANDEUR	THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	chargé des fonctions
NEVEU-LEMAIRE	TAVERNIER	PIERY	SARVONAT id.
LAROYENNE	CADE	COTTE	FAVRE id.
VORON	GUILLEMARD	DUROUX	GRAVIER id.
NOGIER	GARIN		ROUBIER id.
BRETIN	SAVY		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, Président ; VILLARD, Assesseur ;
MM. TAVERNIER et COTTE, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

Médecin - Major de 1^{re} Classe
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de Clinique Ophtalmologique de la Faculté.
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous
fait en acceptant de présider cette thèse.
Qu'il veuille bien accepter l'hommage de nos
sentiments reconnaissants

A MES MAITRES

de l'Ecole du Service de santé militaire
et des Facultés de Lyon et de Nancy

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MANIFESTATIONS OCULAIRES
DU ZONA OPHTALMIQUE

INTRODUCTION

En raison de la présence de deux cas de zona ophtalmique particulièrement intéressants et du nombre de malades présentant des complications oculaires graves au cours du zona, nombre d'ailleurs de plus en plus fréquent, dans le service d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. le professeur Rollet, que je remercie de l'honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant de présider cette thèse, et de toute la bienveillance qu'il m'a témoigné à cet égard, m'a suggéré l'idée de ce travail.

La question du zona ophtalmique est à l'heure actuelle beaucoup mieux connue qu'autrefois, nous ne chercherons donc pas ici à le traiter d'une façon complète, mais seulement à montrer la fréquence des complications oculaires, en insistant sur quelques points particulièrement intéressants, tant au point de vue du territoire anatomique de l'éruption que de la gravité des lésions oculaires et du pronostic réservé qu'il faut en déduire.

Nous avons eu l'occasion d'observer, pendant que nous écrivions cette thèse, un autre cas de zona ophtalmique dont les caractères particuliers confirmaient encore les opinions intéressantes de M. le professeur Rollet sur cette question.

CHAPITRE I

De la fréquence du zona ophtalmique et de ses caractères généraux.

Les complications oculaires graves du zona sont assez fréquentes et non rares comme il a été dit. Les auteurs qui ont traité cette question ne sont d'ailleurs pas d'accord à ce sujet : Hutchinson note 6 cas compliqués sur 24 zonas ophtalmiques; Hybord, 44 cas compliqués sur 98 malades; Pacton, sur 126 cas, 89 avec lésions oculaires; Sulzer, sur 150 cas, donne 70 0/0 de moyenne.

Comme fréquence par rapport aux autres affections oculaires, Cohn compte 1 sur 5.000; Stéphan, 1 sur 2.854. Pacton, sur 36.064 à la clinique de Galéowski, de mars 1869 à 1877, seulement 17 cas.

On constate des divergences d'opinion, également sur la fréquence du zona selon les pays : Laqueur, à Lyon, en 1870, estime que le zona est plus fréquent en Angleterre qu'en France; Guérin dit le contraire.

Or, dans le service de M. le professeur Rollet, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous relevons 36 observations de zona ophtalmique; en outre de ce chiffre, un certain nombre de cas n'ont pas été relevés.

D'autre part, le nombre de cas de zona ophtalmique paraît plus grand proportionnellement dans ces dernières années, nous pouvons être autorisés à en conclure que nombre de cas ont été autrefois méconnus et qu'il y en a peut-être encore aujourd'hui.

Les lésions oculaires se développant parfois insidieusement, comme nous aurons l'occasion de le voir plus loin, l'éruption sera facilement le symptôme qui attire le plus l'attention du médecin et pourra amener une confusion avec l'herpès fébrile, l'eczéma impétigineux, l'érysipèle surtout, comme le fait a été signalé par d'autres auteurs et comme nous en avons eu plusieurs fois l'occasion de le constater nous-mêmes.

Enfin, il faut considérer que des malades, surtout des vieillards, car, nous le dirons plus loin, ce sont eux qui sont le plus fréquemment atteints, présentant un zona se traduisant par une éruption relativement peu marquée, quelques névralgies tenaces, pas de fièvre, négligent de consulter un médecin ou ne le font que plus tard, alors qu'une lésion oculaire s'est développée et attire leur attention par des troubles marqués de la vision.

Bien que le zona soit considéré comme très rare, j'ai eu l'occasion d'en voir, personnellement, dans le service de M. le professeur Rollet, deux cas : le premier, celui d'un homme en janvier 1920, et celui d'une femme entrée le 12 février, pendant que j'écrivais cette thèse.

D'une façon générale, nous dirons que le zona est la conséquence de troubles irritatifs du trijumeau ophtalmique, et que ses manifestations, éruptions et autres, s'étendent à toutes les dépendances du nerf ophtalmique d'une façon très exceptionnelle; cependant, un cas de zona de maxillaire supérieur est signalé dans la thèse de Paeton; M. le professeur Rollet nous dit n'avoir pas encore vu de zona de maxillaire supérieur et inférieur.

Exceptionnel chez l'enfant, le zona ophtalmique est

rare chez l'adulte et se montre le plus souvent chez le vieillard. Pacton et Hybord avaient déjà fait cette remarque : Pacton trouvait comme âge moyen, 70 ans.

D'après les divers cas qui se sont présentés dans son service, M. le professeur Rollet trouve comme âge moyen 61 ans.

D'autre part, le zona survient plus souvent chez l'homme que chez la femme, dans la proportion de 4 pour 3. En outre, il se présente plus fréquemment à gauche qu'à droite (2 pour 3).

Le zona ophtalmique présente habituellement un début à phénomènes généraux à peine marqués : pas d'alitement, pas de fièvre ou peu (dans un de nos cas, de l'hypothermie), douleurs vives, profondes, siégeant en divers points du domaine de l'ophtalmique, avec éruption et sueurs abondantes.

Quant aux phénomènes oculaires qui nous intéressent tout particulièrement, et qui sont les plus importantes manifestations du zona, ils peuvent présenter tous les degrés; guérissant parfois sans laisser de traces, ils peuvent prendre une allure grave très rapidement, ainsi que nous l'étudierons plus loin, soit que les vésicules éruptives siégeant sur la cornée viennent à s'infecter, soit que, alors même que la cornée ne présente aucune lésion superficielle, nous voyons survenir une opacification de la cornée, un leucome ou encore un glaucome.

Comme il est facile de le voir, les conséquences d'une lésion oculaire qui s'est infectée ou a passé inaperçue peuvent être très grandes : perte de la vision, de l'œil, et même dans la suite, perte de l'autre œil par ophtalmie sympathique.

Enfin, il ne nous paraît pas inutile de signaler deux observations, dont nous parlent Pacton et Hybord, de zona fruste, où l'éruption, accompagnée de douleurs névralgiques et d'œdème des paupières, ne se manifesta que du côté de la cornée.

Nombre d'auteurs ont déjà traité la question du zona ophtalmique, mais il est à noter que le plus grand nombre se sont étendus particulièrement sur la nature du zona, sur les caractères de l'éruption, sur les douleurs névralgiques; ainsi que sur l'origine probable de cette affection et ne paraissent pas s'être arrêtés spécialement aux lésions oculaires, regardées comme des complications relativement peu fréquentes; d'autres ont mis en doute les lésions oculaires éloignées. Actuellement, l'observation de nouveaux cas, les travaux récents de Morax en font une question d'actualité. Aussi, nous ne pouvons admettre que les lésions oculaires soient considérées comme des complications, mais comme des lésions banales du zona ophtalmique.

CHAPITRE II

Les symptômes du zona ophtalmique et les rapports de la topographie de l'éruption avec les lésions oculaires.

M. le professeur de Lapersonne a défini le zona ophtalmique de la façon suivante : « une éruption vésiculeuse d'herpès dans la zone de distribution des branches de l'ophtalmique ». Il nous paraît nécessaire d'ajouter à cette définition : éruption accompagnée de douleurs à caractère névralgique et de lésions oculaires, car, et nous insisterons sur ce point, si la douleur est un phénomène constant, plus ou moins accusé, l'anesthésie de la cornée en tant que manifestation oculaire existe dans toutes nos observations.

M. le professeur Rollet reconnaît dans le zona ophtalmique une triade symptomatique qui se rencontre dans tous nos cas : la douleur, l'éruption, les lésions oculaires.

Douleur. — La douleur se traduit par une céphalée parfois extrêmement violente, qui s'accompagne le plus souvent de douleurs oculaires, sus-orbitaires, rétro-orbitaires ou oculo-temporales.

Cette douleur précède le plus souvent l'éruption, mais l'accompagne parfois et peut même ne survenir qu'après son apparition, ce qui est rare. Elle présente un caractère névralgique se localisant le plus souvent à l'hémicrâne du côté intéressé, ou occupant seulement le territoire de la branche de l'ophtalmique où siège l'éruption.

On peut la voir disparaître assez rapidement, mais elle reparaît souvent pendant longtemps, alors même que l'éruption est complètement terminée, et même peut durer sous forme de poussées plus ou moins espacées pendant des années.

Ajoutons à la douleur des démangeaisons pénibles, qui se montrent au cours de l'éruption.

On rencontre enfin de l'anesthésie parfois complète au déclin de l'éruption, qui peut aboutir, assez fréquemment même, à cette perversion de la sensibilité, qui est l'anesthésie douloureuse. Enfin, plus souvent, se rencontre l'hyperesthésie, avec ou sans douleurs.

Eruption. — Caractères généraux : Après un ou deux jours, ou parfois moins longtemps après les phénomènes plus ou moins douloureux localisés aux régions des branches de l'ophtalmique qui seront atteintes, apparaît l'éruption. Elle est presque toujours unilatérale (un seul cas de bilatéralité est signalé par Hybord), occupant l'hémicrâne droit ou gauche (le plus souvent, elle siège à gauche).

Tout d'abord, nous voyons apparaître des plaques présentant une rougeur érythémateuse, rondes ou ovalaires et ne dépassant jamais, que le zona siège soit à gauche, soit à droite, la ligne médiane. Ensuite, sur ces plaques rouges, se développent des vésicules remplies d'un liquide citrin; parfois, ces papules et ces vésicules sont confluentes et se fusionnent en une phlyctène; elles peuvent suppur.

Cette éruption s'accompagne le plus souvent d'un œdème plus ou moins marqué de la région envahie; la paupière supérieure (et jamais la paupière inférieure,

innervée par le nerf maxillaire supérieur) est rouge, formant parfois un bourrelet devant l'œil, œdématiée. Le tiers interne de la paupière est particulièrement atteint; on voit en même temps un liquide louche ou purulent agglutiner les cils et l'angle interne de l'œil.

Ensuite, après une période d'une douzaine de jours, en moyenne, les phénomènes inflammatoires disparaissent, les vésicules se flétrissent, forment des croûtes que, par la démangeaison, le malade est incité à gratter, par suite, à infecter, et laissant le plus souvent à leur place une cicatrice indélébile ou une différence de pigmentation à leur endroit (hyperchromie et achromie).

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique droit. Eruption ancienne de la région fronto-temporale. Kératite, Iritis.

(Voir photographie N° 4)

F..., homme, âgé de 69 ans. Le malade dit avoir toujours joui d'une bonne santé; pas d'antécédents héréditaires ou personnels intéressants à signaler.

Le malade entre dans le service le 10 mai 1907, pour une affection qui a débuté au mois de mars dernier. Il raconte qu'il fut pris brusquement pendant son travail de douleurs dans la moitié droite du crâne. Ces douleurs avaient leur maximum dans l'orbite et de là s'irradiaient dans la moitié droite du crâne.

L'œil était rouge, enflammé et sécrétait des larmes en abondance. Les douleurs devenant de plus en plus violentes, l'obligèrent, trois jours après, à cesser tout travail. A ce moment le malade constata que la région droite de son crâne était enflammée et couverte d'une éruption; le front était le siège de cette éruption, l'œil était douloureux et la lumière lui causait de ce côté une impression très pénible. Le malade fut traité par des compresses d'eau bouillie et d'amidon.

Son état ne s'étant pas très amélioré, il se présente à l'Hôtel-Dieu. L'œil droit paraît être le siège d'une inflammation très vive, la paupière est œdématiée, l'œil est fermé.



1. Zona fronto-naso-temporal (Observation XVI).
2. Zona frontal (Observation II).
3. Zona fronto-naso-temporal (Observation XIII).
4. Pigmentation et cicatrices consécutives. Zona fronto-naso-temporal. Photo prise trois mois après l'éruption (Observation I).

On note sur toute la moitié correspondante du front et du

crâne une coloration brunâtre, formant un très grand nombre de petites taches serrées : le malade étant chauve, cette particularité frappe encore davantage. Quelques taches s'étendent dans la région temporale, jusqu'à l'arcade zygomatique. Rien du côté du nez.

Depuis quelques semaines, les douleurs sont moins fréquentes, mais continuent cependant à se manifester par intervalles. Depuis longtemps, d'ailleurs, l'éruption a disparu et il ne reste plus que des cicatrices et des taches pigmentées dont nous avons parlé. Anesthésie dans toute la région atteinte.

A l'œil, douleur du globe, vision très diminuée, le malade ne voit les objets qu'à travers un brouillard; photophobie.

Ulcère cornéen médian. L'iris est terne, la pupille rétrécie et déformée. En outre, on constatait une lunule de pus dans la chambre antérieure; ce pus a disparu facilement à la suite d'injections de bleu.

Enfin, l'anesthésie cornéenne est complète.

OBSERVATION II

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique gauche. Eruption frontale.

Œdème de la paupière supérieure. Anesthésie de la cornée.

(Voir photographie N° 2)

U..., homme de 36 ans, manœuvre. Comme antécédents héréditaires, mère morte de maladie nerveuse; comme antécédents personnels, rien en dehors de quelques accès de paludisme.

Le malade raconte avoir ressenti quelques jours auparavant des picotements dans l'œil gauche; très peu de temps après, apparut une éruption sur la région frontale gauche; en même temps, survint un œdème assez considérable de la paupière supérieure.

Actuellement, paupière gonflée, rouge, recouvrant complètement le globe oculaire.

La région frontale gauche est couverte de petites phlyctènes et de vésicules qui s'étendent jusque dans les cheveux, mais qui ne dépassent pas la ligne médiane.

La vision est normale.

Topographie de l'éruption. — Suivant que l'éruption se fera aux dépens de l'une ou de l'autre des branches de l'ophtalmique, elle occupera une région différente, d'où plusieurs variétés : éruption frontale, éruption nasale et éruption lacrymo-temporale; nous ne mentionnerons pas l'éruption de la région du maxillaire supérieur, que M. le professeur Rollet n'a jamais rencontré, et qui constitue le zona du maxillaire supérieur.

Ces différentes formes peuvent coexister, ce qui est très fréquent. Ce qui a toujours paru intéressant de connaître, c'est dans quelle forme d'éruption on rencontre le plus souvent des lésions oculaires; nous analyserons donc rapidement les différentes formes que peut revêtir l'éruption, nous envisagerons leurs rapports avec les données anatomiques; la question de la fréquence des complications oculaires par rapport à ces variétés et les opinions antérieurement émises à ce sujet.

Eruption frontale et zona frontal. — L'éruption unilatérale se produit au dépens de la branche frontale externe; d'où zona de la partie interne du front, sans dépasser la ligne médiane, ou zona de la partie externe du front. Le zona de la partie interne du front est le plus fréquent.

D'après Hutchinson, qui est le premier auteur ayant donné une belle description du zona en 1866, l'œil resterait intact quand l'éruption serait limitée au trajet des branches frontales (loi d'Hutchinson).

Or, cette loi est en contradiction avec diverses observations de quelques auteurs :

Galéowski, dans son traité de maladies des yeux

(vers 1870), fait un chapitre spécial sur les lésions du front et les troubles oculaires du zona;

Hybord modifiait cette conception en disant que l'iris et la cornée souffrent rarement quand l'éruption ne siège pas sur le territoire du nasal;

Sulzer cite deux cas en contradiction avec la loi d'Hutchinson;

Bowmann donne une observation de zona frontal, suivi de paralysie du droit externe. Citons encore une observation d'Antonelli (zona frontal gauche, iritis, avec synéchies, atrophie de, névrite optique); deux observations de Sasportas; zona de la cornée au cours d'un zona frontal; éruption frontale, suivie de leucome.

Enfin, relevons dans la thèse de Duméry (1896); deux observations, dues à M. le professeur Rollet.

Comme on peut ainsi s'en rendre compte, la question de la non compatibilité de l'éruption frontale avec les lésions oculaires a été mise déjà en doute depuis longtemps. Pour nous, nous ne saurions l'admettre, puisque des manifestations de lésions oculaires se montrent dans tous nos cas, constituant un symptôme de la maladie, mais, d'après nos observations, nous avons même constaté des lésions oculaires graves au cours de zona frontal.

Eruption nasale et zona nasal. — L'éruption pourra se manifester sous deux formes, en rapport avec les données anatomiques du territoire du nasal interne ou du nasal externe. Elle pourra s'étendre verticalement du côté intéressé, de la racine du nez à son extrémité, toujours sans dépasser la ligne médiane du côté opposé; l'aile du nez est aussi très souvent envahie.

Mais le cas le plus fréquent est celui où l'éruption siège sur la racine du nez, innervée par le nasal externe et les branches du frontal interne.

En outre, la muqueuse nasale peut être envahie dans les deux cas, ce qui se manifeste très souvent : le malade présente alors du coryza, avec sécrétion muqueuse ou même purulente, mouche des croûtes, ce qui détermine parfois des épistaxis.

La paupière, la conjonctive et la cornée sont intéressées dans leur tiers interne.

L'éruption s'accompagne parfois d'un œdème considérable; elle se présente beaucoup plus rarement isolée que l'éruption frontale.

Eruption lacrymo-temporale et zona lacrymo-temporal. — L'éruption, occupant la région frontale, s'étend à la région temporale, sans que l'on constate de vésicules sur la région malaire, qui peut être atteinte plus rarement. Or, en consultant les divers auteurs qui ont traité le zona ophtalmique, nous y trouvons bien mentionnées des éruptions s'étendant à la région temporale, mais aucun ne paraît avoir cherché à délimiter avec précision l'éruption temporale, ni à en donner l'explication anatomique.

M. le professeur Rollet, ayant remarqué le caractère de cette éruption, a cherché à en donner l'explication anatomique dans une communication faite à la Société de Médecine de Lyon, en juillet 1896.

« La distribution des filets terminaux du nerf lacrymal a été comprise par les anatomistes d'après deux modes différents : jadis, on enseignait que le nerf lacrymal est préposé à l'innervation des régions lacrymo-

palpébrale et temporo-malaire; le maxillaire supérieur innerve également cette même région et en outre la région temporo-malaire. A côté de ces deux descriptions anatomiques divergentes, si l'on consulte les schémas des auteurs indiquant les territoires sensitifs de la face, on voit que les uns attribuent le territoire temporo-malaire au domaine du maxillaire supérieur, les autres, à celui du maxillaire inférieur : l'ophtalmique en est exclu.

« En définitive, les téguments temporo-malaires tiennent-ils leur innervation de l'ophtalmique ou du maxillaire supérieur, auquel de ces deux nerfs appartiennent les filets temporo-malaires? Deux faits pathologiques me font admettre que les nerfs temporo-malaires font partie de l'ophtalmique et ont la même origine centrale: il s'agissait de deux cas de zona ophtalmique sans coexistence de zona partiel du maxillaire supérieur; il convient donc d'admettre que les tempes sont innervées par l'ophtalmique (nerf lacrymal) et par le maxillaire inférieur (nerf temporal superficiel), à l'exclusion du maxillaire supérieur, rameau orbitaire. »

M. le professeur Rollet, dans la thèse de Duméry, exposait cette question dans ses détails.

CHAPITRE III

Les lésions oculaires du zona ophtalmique.

Des lésions oculaires en général. — Nous consacrons un chapitre particulier et étendu à l'étude des lésions oculaires du zona ophtalmique, étant donné leur multiplicité et leur importance.

Les lésions oculaires se montrent dans tous nos cas, atteignant une intensité très variable; elles apparaissent, soit en même temps que l'éruption, soit au déclin de l'éruption, ce qui est le cas le plus fréquent, soit encore tardivement, parfois, quand l'éruption est disparue depuis longtemps; toutefois, il reste à savoir si ces manifestations oculaires tardives ne sont pas le plus souvent le fait de lésions légères au début, qui ont été méconnues, soit par le malade, soit, parfois, par le médecin, ou bien de lésions s'étant développées avec une très grande rapidité, ou, enfin, ce qui est assez fréquent, de lésions à marche rapide, comme nous le verrons plus loin.

L'anesthésie de la cornée, que nous avons toujours rencontrée, nous montre que l'œil est atteint : il importe de rechercher avec soin quelles sont les régions de la cornée qui présentent cette anesthésie; nous considérons ce signe comme très important, au point de vue du développement ultérieur des lésions oculaires; M. le professeur de Lapersonne avait déjà fait remarquer que l'insensibilité de la cornée, surtout dans sa portion cen-

trale, était le signe avant-coureur des lésions oculaires.

Le zona ophtalmique comporte donc des lésions multiples, s'attaquant à toutes les membranes de l'œil; il est à remarquer que si les lésions de la conjonctive sont les plus fréquentes, celles de la cornée le sont moins, celles de l'iris plus rares, enfin, les complications rétiennes sont exceptionnelles. Il ne faut pas oublier également que les lésions oculaires peuvent se manifester sous forme de troubles nerveux, troubles sympathiques et paralysies musculaires, ce qui fera pour nous l'objet d'un chapitre spécial.

Lésions de la conjonctive. — On peut dire que la conjonctivite occupe le premier rang parmi les lésions oculaires du zona ophtalmique, c'est aussi la moins durable et la plus bénigne.

La conjonctivite est d'ailleurs parfois le premier signe qui attire l'attention du malade; en même temps que les douleurs oculaires qui l'accompagnent, le malade a l'impression de lourdeur de la paupière supérieure et de gravier dans l'œil. Hybord avait déjà noté que les douleurs névralgiques et les altérations de la conjonctive précédaient l'éruption; nous avons noté les mêmes faits.

Plus souvent, cependant, les lésions conjonctivales accompagnent l'éruption, et nous nous trouvons en présence d'une paupière parfois considérablement œdématisée, présentant à sa surface de petits ulcères. Il y a de la photophobie, du blépharospasme; l'œil est le plus souvent complètement fermé et un suintement aqueux, parfois purulent, se fait au niveau des cils et de l'angle interne de l'œil. Il se produit une augmentation de

L'hypersecrétion lacrymale ; ce phénomène est plus marqué dans la conjonctivite du zona ophtalmique que lorsqu'il s'agit d'une conjonctivite catarrhale ordinaire ; le suintement se manifeste surtout la nuit, et au réveil les paupières sont collées ; il s'agit sans doute d'une irritation du nerf lacrymal.

Parfois, l'examen de l'œil est difficile ; si cependant, l'œdème permet cet examen, nous constatons que la conjonctive manifeste une rougeur considérable, qu'il y a un véritable gonflement de la muqueuse, qui forme dans certains cas un bourrelet autour de la cornée.

Nous constatons également sur la conjonctive ce qui se passe dans l'éruption qui siège sur la peau, les vésicules apparaissent sur une base enflammée, se flétrissent et très rapidement disparaissent ; elles peuvent également s'infecter et suppurer ; elles existent surtout au bord de la cornée. Si ces vésicules se développent en même temps que l'œdème de la paupière, elles peuvent passer inaperçues et cela d'autant plus que dans certains cas, elles sont très passagères (quelques heures).

L'apparition de la conjonctivite peut donc se faire, soit avant l'éruption cutanée, soit en même temps, ce qui est le cas le plus fréquent, mais il peut arriver, ce qui est rare, que la conjonctivite apparaisse consécutivement aux lésions de l'iris ou de la cornée. Bowmann a noté chez un malade l'apparition de la conjonctivite au moment de la convalescence ; elle coïncidait avec de violentes douleurs névralgiques. D'ailleurs, il est de règle, lorsque les élancements douloureux persistent, à la période de convalescence, que la conjonctivite reste stationnaire.

D'une façon générale, on peut dire que souvent la conjonctivite apparaît sous forme de simple hyperhémie, sans vésicules ni ulcères, et disparaît de même sans laisser de trace appréciable.

Enfin, nous ajouterons que l'on peut remarquer une anesthésie de la conjonctive autour de la cornée, et une hyperhéstésie en d'autres régions, comme le fait est d'ailleurs signalé sur quelques-unes de nos observations.

OBSERVATION III

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona frontal gauche. Conjonctivite.

M..., homme de 38 ans. Comme antécédents personnels, dysenterie et chancre, non suivi d'accidents secondaires, d'après les dires du malade.

L'affection a débuté, il y a six ou sept jours, par des douleurs oculaires et sus-orbitaires, présentant des lancées intermittentes; les douleurs sont devenues rapidement assez vives, surtout la nuit, empêchant le malade de dormir. Il y a quatre ou cinq jours, une éruption est apparue sur le front, en même temps que l'œil gauche est devenu larmoyant, sensible à la lumière, sans que la vision ait jamais été altérée. En présence de ces accidents, le malade vient à l'Hôtel-Dieu le 18 mai 1910.

A l'examen, on remarque immédiatement que la moitié gauche du front est couverte de papules rouges, terminées par de petites vésicules opalines. Par places, papules confluentes fusionnées en une phlyctène assez grosse; en d'autres points, les vésicules bien isolées sont groupées en corymbe; enfin, quelques-unes sont suppurées. L'éruption envahit le cuir chevelu, mais elle reste toujours exactement limitée au côté gauche, sans franchir la ligne médiane.

Au niveau de l'œil, la paupière est rouge, œdématiée, la conjonctive est injectée, couverte de filaments de pus qui se

concrètent en grumeaux à la base des cils. La cornée n'est pas atteinte. L'œil droit est sain.

A l'examen de la musculature de l'œil, on ne constate pas de paralysies.

Réflexes pupillaires à la lumière et l'accommodation très paresseuse. Acuité visuelle normale.

Troubles de la sécrétion lacrymale. — Ils se bornent à une augmentation de la sécrétion, coïncidant le plus souvent avec les accès de douleurs névralgiques, avec épiphora.

Lésions de la cornée en général. — Ces lésions sont les plus fréquentes après la conjonctivite; elles sont loin d'être aussi rarement graves que le notent la plupart des auteurs. Elles peuvent se montrer à tous les degrés, depuis les formes d'une bénignité relative, jusqu'aux formes graves aboutissant à la perte de la vision ou de l'œil.

Etant donné les nombreuses formes que ces lésions peuvent présenter, nous nous verrons obligés de commencer par étudier la kératite interstitielle où l'épithélium reste intact; ensuite, nous verrons les diverses lésions qui ont pour point de départ l'ulcération de la cornée, où il y a, par conséquent, destruction de l'épithélium; enfin, les lésions plus rares qui peuvent se présenter et se compliquer de lésions du voisinage.

Kératite interstitielle sans lésion de l'épithélium. — Cette lésion se manifeste sans avoir pour point de départ une ulcération cornéenne, ce qui est rare. Il se produit alors une infiltration des couches moyennes et profondes de la cornée, infiltration se produisant d'un coup, en même temps que l'éruption cutanée. Si nous pratiquons

un examen à la loupe, la couche épithéliale est intacte ; sous la couche épithéliale encore transparente, nous voyons un feutrage épais de fils minces, blanchâtres ; les couches sous-jacentes sont le siège d'un trouble diffus. Duméry, dans sa thèse, puis Sulzer, signalent deux cas de kératite interstitielle sans lésion épithéliale ; d'autre part, M. le professeur Rollet présentait en 1910, à la Société d'ophtalmologie de Lyon, un homme de 33 ans, qui avait été atteint brusquement, cinq ou six semaines auparavant, d'un zona ophtalmique droit typique. Quinze jours après le début de l'affection, apparurent des phénomènes oculaires aigus : il s'agissait d'une kératite purement interstitielle sans aucune ulcération de la cornée ; cette membrane devint opaque en quelques jours.

Cette forme de kératite, signalée déjà plusieurs fois, est rare, les lésions cornéennes étant plus souvent des ulcérations.

Ce trouble cornéen ne donne aucune lésion épithéliale le plus souvent, et disparaît habituellement sans laisser de traces ; cependant, il peut y avoir un léger trouble cornéen persistant. Dans ce cas, nous nous trouvons en présence de lésions opacifiées profondes.

Ulcérations de la cornée et lésions consécutives. — Ces lésions, ainsi que nous l'avons dit, sont de beaucoup les plus fréquentes : l'épithélium est atteint ; nous constatons sur la cornée ce qui se passe dans l'éruption qui siège sur la peau ou la conjonctive : les vésicules, qui parfois, peuvent être très passagères, persistent le plus souvent pendant longtemps, se flétrissent, laissant à leur place une petite ulcération qui a été comparée à un

coup d'ongle; ces ulcérations, lorsqu'elles aboutissent à la résolution, laissent de petites inégalités sur la surface de la cornée.

Il s'ensuit, le plus souvent, une opacification plus ou moins marquée; quelquefois, il n'y a qu'un simple trouble, d'autres fois, les opacités se bornent à quelques points superficiels et la cornée prend alors l'aspect qu'elle offre dans la kératite ponctuée antérieure.

Ces opacités peuvent être étendues, profondes; la surface de la cornée est dépolie, inégale, l'épithélium tombe par endroits. On peut voir, par exemple, la moitié externe de la cornée trouble.

L'apparition de la kératite se produit à n'importe quelle période de l'éruption, mais elle se développe le plus souvent au moment où l'éruption atteint son maximum.

Elle se manifeste par de vives douleurs oculaires survenant brusquement, en même temps qu'une photophobie intense; l'injection périkeratique se montre bientôt et en observant la cornée à l'éclairage oblique, on voit à sa surface un ou plusieurs points dépourvus d'épithélium. Ces points peuvent se réunir pour former une ulcération superficielle; c'est alors que suivant l'intensité du processus inflammatoire, l'ulcération se creusera plus ou moins. D'autres fois, le début est une phlyctène qui se rompt laissant une ulcération.

Enfin, il peut y avoir suppuration de la cornée par infection secondaire; les lames de la cornée sont infiltrées de pus: ces ulcérations infectées siègent de préférence sur le segment inférieur de la cornée.

C'est alors que si l'ulcération est étendue en surface

et en profondeur, il est rare que la réparation se fasse intégralement; il restera toujours des opacités qui pourront nécessiter une iridectomie; d'autres fois, c'est un vaste leucome vasculaire permettant seulement l'utilisation de la partie supérieure de la cornée.

Dans les cas plus graves, il peut se faire que l'ulcération se creuse de plus en plus et que l'on assiste à la perforation avec hernie de l'iris, d'où panophtalmie, perte de l'œil.

Enfin bien plus graves sont la kératite et l'iritis infectieuse que nous étudierons plus loin, qui parfois peuvent évoluer chez le malade, séparément, mais que l'on peut trouver réunies. Quant au phlegmon de l'œil consécutif, il n'a été signalé qu'un petit nombre de fois. (Cas relatés par Hybord, Galézowski.)

OBSERVATION IV

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique droit, éruption fronto-temporo-nasale. Ulcérations de la cornée, trouble de la cornée.

P..., femme de 45 ans, ménagère. Début de l'affection le 18 janvier 1906. Vives douleurs au début, céphalée, puis la malade vit « que la région droite de sa tête augmentait de volume, gonflait »; puis, apparition de petites macules, puis papules rouges, puis vésicules contenant un liquide citrin.

La malade entre alors dans le service de M. Jossierand, le 24, puis dans le nôtre, le 27 janvier 1906.

Zona ophtalmique droit occupant tout le territoire de ce nerf; peu de chose sur la tête; éruption étendue à l'angle interne de l'œil, à l'angle externe, à la paupière supérieure; hyperhémie conjonctivale. Trouble général de la cornée; deux petites ulcérations: une centrale, une autre paracentrale, prenant le bleu. Kératite.

Acuité : baisse de la vue. La malade ne voit qu'un brouillard; voit encore ses doigts à cinquante centimètres.

Part guérie le 15 mars 1906.

OBSERVATION V

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique droit. Eruption fronto-temporo-nasale. Opacification de la cornée. Myosis.

26 septembre 1906. — P..., homme de 74 ans, tailleur de pierres. Début, il y a huit jours : douleurs dans l'oreille droite, hémicéphalée droite; trois jours après, apparition de l'éruption, éruption fronto-temporo-nasale; œdème de la paupière supérieure, épiphora, ptosis.

Actuellement, zona ophtalmique droit envahissant le territoire de l'ophtalmique.

(Œil droit : œdème de la paupière supérieure, conjonctive rouge, injectée, chimosis.

28 octobre. — L'éruption disparaît, croûte sèche, œdème de la paupière supérieure et inférieure.

29 octobre. — L'œdème diminue, légère trace à gauche. Le malade peut ouvrir l'œil droit, croûtes sèches sur le crâne, léger ptosis.

19 novembre. — Le ptosis persiste toujours. Chémosis. Cornée trouble. Myosis. Plus rien au front et sur la tête en dehors des cicatrices.

1^{er} décembre. — Le malade se plaint de souffrir dans le trajet de l'ophtalmique. Photophobie très intense. Maux de tête, ptosis, chimosis, cornée trouble, mate.

10 décembre. — Cornée trouble aux points d'opacification disséminés dans le parenchyme cornéen. Pupille très rétrécie. Blépharospasme.

2 janvier 1907. — Iridectomie.

26 février 1907. — Le malade souffre moins, par lancements, hyperesthésie légère dans le domaine de l'ophtalmique. Cornée hypersensible, opacification centrale, œil un peu dur, cercle périkeratique.

OBSERVATION VI

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique droit. Eruption fronto-temporale. Kératite.

C... homme de 49 ans. — Maux de tête autrefois et rhumatisme articulaire. Il y a 18 jours, névralgies localisées du côté droit; à ce moment se montrent des vésicules éruptives sur le front et sur la tempe; ces vésicules se crèvent très rapidement et laissent à leur suite une démangeaison avec quelques maux de tête en particulier dans la région temporale.

Depuis quinze jours, c'est-à-dire deux ou trois jours après l'apparition des maux de tête et de l'éruption, sont apparues des douleurs de l'œil droit, qui est devenu rouge et larmoyant; en même temps il y avait une baisse sensible de la vision.

Le malade entre à l'hôpital le 4 juin 1911. La photophobie est considérable, les larmes coulent sur la joue du côté malade, la paupière supérieure est toujours abaissée, simulant du ptosis. La conjonctive est légèrement injectée et hyperhémée, pas d'œdème.

La cornée montre un flou central, situé dans la partie profonde de la membrane, ce flou est assez nettement délimité. V = 1/20 à 5 mètres.

OBSERVATION VII

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique droit. Eruption fronto-temporale. anesthésie de la cornée, opacification de la cornée.

M..., homme de 53 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 22 août 1905; a reçu en mars dernier un corps étranger (grain de blé) dans l'œil droit, ce corps étranger a été enlevé aussitôt; rien à la suite.

Depuis quinze jours, douleurs de tête avec éruption sur le front et la tempe droite; œil rouge, cercle périkératique. Rien à la conjonctive palpébrale; légère anesthésie de la cornée; la cornée est uniformément trouble.

Iris verdâtre, réagissant mal à la lumière mais bien dilaté par l'atropine. Pas d'adhérences.

O. G. = 1/10, O. D. = 1/4. La vue a baissé de l'œil droit depuis trois jours, sans lésions des membranes externes.

15 octobre 1905. — Etat un peu meilleur. Injections sous-conjonctivales au bleu de méthylène.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le Professeur ROLLET).

Zona ophtalmique droit. Eruption frontale. Ulcérations de la cornée.

F..., femme de 73 ans. Rien à noter comme antécédents personnels. Vers le 10 mars environ, la malade ressentit brusquement une douleur assez vive au-dessus de l'arcade sourcilière droite; en même temps, apparut une éruption sur la moitié droite du front. A partir de ce moment, elle souffrit continuellement presque sans arrêt, avec des lancées plus douloureuses à certains moments. Cette douleur occupait la région sus-orbitaire.

Les vésicules se sont vidées, puis séchées, la malade ne peut en préciser l'époque.

4 avril 1903. — La malade souffre de névralgies continues très intenses, ne lui laissant aucun repos, soit le jour, soit la nuit.

On constate la présence de vésicules desséchées, recouvertes de croûtelles. Tout autour de la moitié droite du front, on constate de la rougeur et un léger œdème qui rappelle un peu l'érysipèle; l'œdème et la rougeur ont gagné la paupière supérieure, qui est un peu gonflée, et la région avoisinant la partie interne de la paupière inférieure.

La conjonctive est rouge, injectée dans toute son étendue. La malade ne voit qu'au travers d'un brouillard épais les objets qu'elle regarde. La cornée présente de l'opacité. Anesthésie à la piqure dans toute la région du zona; anesthésie de la cornée.

Le 12 mai, la malade présente deux petites taches cornéennes superficielles.

Le 15 juin, même état de l'œil droit.

OBSERVATION IX

Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique gauche (à son déclin). Eruption fronto-temporo-nasale. Anesthésie cornéenne. Ulcère de la cornée, guéri.

L..., femme de 86 ans, sans profession, entre dans le service de l'Hôtel-Dieu, le 20 janvier 1909.

Comme antécédents héréditaires, rien de particulier à signaler; rien non plus comme antécédents personnels.

La malade vient à l'hôpital pour des douleurs névralgiques de la moitié gauche de la tête, qui remontent à deux mois et demi: voici comment elle raconte son histoire :

Au mois de novembre 1908, elle eut, dit-elle, un érysipèle de la face, qui présentait certains caractères particuliers; il fut localisé à la moitié supérieure gauche de la tête, constitué par un œdème rouge inflammatoire sur lequel apparurent de petites bulles pleines de liquide et accompagné, dès le début, de douleurs névralgiques intenses dans la région enflammée.

Les phénomènes inflammatoires cédèrent au bout d'un mois, mais les douleurs persistèrent, tenaces, et la malade vient demander qu'on l'en soulage.

Ces douleurs, très nettement localisées dans la moitié gauche de la tête, occupent la région frontale, la région orbitaire et la région temporale de ce côté. Quand elles sont très violentes, elles s'irradient au dire de la malade à la joue et jusque dans le maxillaire inférieur, toujours du même côté.

A l'examen de la région malade, on constate les traces de ce que la malade appelle son érysipèle du mois de novembre, sous forme d'une rougeur diffuse, peu intense, nettement localisée à la branche ophtalmique du trijumeau. A droite, sur le front et sur le cuir chevelu, elle est exactement limitée à la ligne médianè; elle s'étend en arrière, à la région pariétale; en avant et en bas, recouvre le front, la paupière supérieure, la moitié supérieure de l'aile du nez et la région temporale.

Sur toute cette zone érythémateuse, on trouve des troubles nets de la sensibilité : la piqure, l'attouchement avec la

pointe d'une aiguille, sont faiblement perçus. La sensibilité est normale, en dehors de la région douloureuse.

Pour ce qui est de l'œil gauche, la malade renseigne mal sur les symptômes qu'il a présenté au moment de l'apparition de l'éruption. Elle sait seulement que les paupières ont été fortement tuméfiées et que depuis, sa vue, déjà obscurcie depuis plusieurs mois, par le développement d'une cataracte, a à peu près complètement disparu.

Actuellement, la paupière supérieure est tombante, laissant l'œil à peine entr'ouvert; il ne s'agit pas, en tout cas, de ptosis paralytique, les mouvements d'élévation de la paupière sont pénibles. La paupière supérieure est rouge et un peu tuméfiée; l'inférieure à peine plus colorée que celle de l'autre côté, sans gonflement. Il s'écoule une faible sécrétion purulente à l'angle interne; quelques vaisseaux sillonnent la conjonctive bulbaire, sans cercle pèrikératique.

La cornée est complètement insensible au contact d'une tête d'épingle dans la moitié droite; à l'extrémité du diamètre horizontal, on voit une petite dépression arrondie qui paraît être une cicatrice d'ulcère. Cataracte.

V = q.

OBSERVATION X

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique gauche. Eruption fronto-temporale.

Ulcère cornéen à hypopyon.

A..., homme de 69 ans, cultivateur. A une bonne santé habituelle, nie la spécificité. Il y a quatorze ans, il fit une chute du haut d'une voiture; à la suite de cette chute, il eut différents symptômes qu'il ne peut préciser. En outre, il dit avoir eu autrefois un peu de rhumatisme chronique.

L'affection débuta, il y a trois mois, brusquement, en pleine santé. Pendant la nuit, il fut pris de douleurs très vives du côté gauche du crâne, plus particulièrement localisées à l'œil, à l'orbite et autour de l'orbite : la paupière était difficile à ouvrir et la vision était trouble. Il y eut un peu de fièvre, accompagnée d'un malaise général.

Le 5 octobre 1910, le malade entre à l'Hôtel-Dieu : il présente une éruption frontale; la région temporale est égale-

ment atteinte; cette éruption s'étend en arrière jusqu'à la région occipitale; elle siège à gauche; en avant, elle atteint la paupière supérieure; rien dans le territoire du nasal.

A l'œil : la paupière est difficile à ouvrir, la conjonctive est rouge, la sécrétion abondante; en outre, ulcère central de la cornée, hypopyon.

Les phénomènes douloureux sont très accentués et gênent le sommeil.

Le 21 novembre 1910, l'éruption a presque complètement disparu; il reste des cicatrices blanchâtres et des croûtes sur le cuir chevelu; une d'elles dépasse nettement la ligne médiane.

Au point de vue oculaire, l'œil droit est normal.

L'œil gauche présente une paupière légèrement rouge, la conjonctive est rouge également, injectée. Il y a un ulcère central de la cornée avec hypopyon. Cet œil a une acuité visuelle presque nulle, distingue seulement le jour de la nuit.

Dans la région atteinte, le malade souffre de douleurs presque continuelles, mais à l'examen objectif, on constate une anesthésie très nette, surtout accentuée vers la base frontale; on note deux points de Valox, sus et sous-orbitaire. Les muscles extrinsèques de l'œil ne sont pas paralysés. Ecoulement nasal abondant à gauche.

Bon état général du malade; ni sucre, ni albumine.

OBSERVATION XI

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique gauche. Ulcères de la cornée, hypopyon.

P..., homme de 80 ans, cultivateur, se présente à l'Hôtel-Dieu le 5 août 1909, avec un zona ophtalmique; l'éruption descend jusqu'à la paupière inférieure, suit la ligne médiane jusqu'à la suture pariéto-occipitale, à gauche.

L'œil gauche est fermé et on aperçoit des ulcères de la cornée; il y a de la suppuration cornéenne et du pus dans la chambre antérieure; le sac, à la pression, laisse s'écouler un peu de pus.

Le 25 août 1909. — Enucléation. Extrait thébaïque à dose progressive; les douleurs sont calmées.

OBSERVATION XII

Zona ophtalmique droit, régressif, datant de 5 à 6 mois, Anesthésie cornéenne, infiltration de la cornée, hypopyon.

(Service de M. le Professeur ROLLET)

A..., homme de 58 ans, commerçant (?), se présente à l'Hôtel-Dieu le 7 octobre 1905; le malade est *minus habens* et ne peut être que difficilement interrogé. Zona en régression avec anesthésie cornéenne, la cornée est trouble, la conjonctive infectée. Le malade prétend que le début date de cinq à six mois; les douleurs de tête apparurent et, peu après, des vésicules couvrirent la paupière supérieure.

Actuellement, sur toute la partie droite du front et sur la tête, le long du pariétal droit, on voit des cicatrices assez apparentes et indélébiles de vésicules de zona; elles sont rouges et semblent dessiner des lignes allant vers le sourcil; presque au sommet de la tête, ulcère assez large du cuir chevelu.

Le malade se plaint de fortes douleurs oculaires; la cornée trouble comme dans une kératite interstitielle est complètement insensible.

Le 8 octobre, le malade a déliré pendant toute la nuit.

Le 18 octobre, l'opacité cornéenne avec ulcère prend le bleu. Injection sous-conjonctivale.

Le 19 octobre, léger hypopyon.

Le 20 octobre, incision.

OBSERVATION XIII

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique gauche fronto-temporo-nasale. Hypothermie. Anesthésie cornéenne, ulcère cornéen infectieux.

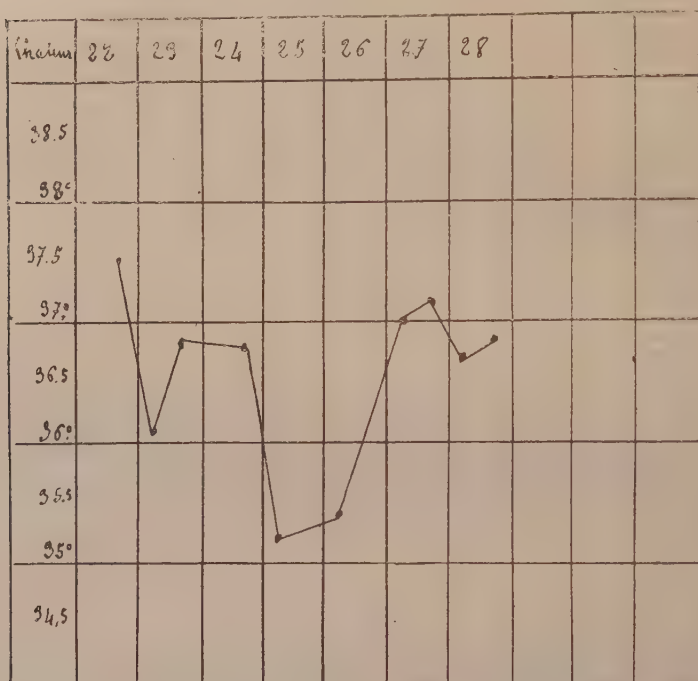
(Voir photographie N° 3)

D..., 73 ans, sans profession, entre dans le service, le 19 décembre 1905, pour une affection cutanée envahissant la moitié supérieure gauche de la face et la moitié gauche du cuir chevelu, s'accompagnant de phénomènes oculaires graves.

Le malade, dont il est impossible d'avoir des renseignements précis sur ses antécédents, raconte qu'après avoir

exercé la profession de tisseur, cessa de travailler et vagabonde actuellement, vivant de la charité publique. Avant l'affection actuelle, il n'eut, dit-il, aucune maladie.

L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a trois semaines environ par des maux de tête assez violents, occupant surtout le côté gauche de la tête; puis, rapidement, la



Feuille de température. — Nom : D... — Zona opetalmique gauche.

peau du front et le cuir chevelu se couvrirent de petits boutons avec démangeaisons intenses : c'étaient de petites papules que le malade grattait et qui étaient remplacées par des croûtes; les lésions devinrent bientôt confluentes.

A l'entrée à l'Hôtel-Dieu, on constate que l'aile du nez, la paupière supérieure, le front, la tempe et tout le cuir chevelu sont couverts d'une épaisse couche de croûtes, lésions s'arrêtant à la ligne médiane, côté droit absolument sain; douleurs névralgiques très vives, continues, avec exacerbations sans périodicité fixe.

Au point de vue des phénomènes oculaires, le malade raconte que, quelques jours après l'apparition des lésions cutanées, son œil gauche devint douloureux, sensation de corps étranger, et larmoyant, puis rapidement s'établit une sécrétion purulente, abondante.

A l'examen de l'œil gauche, on constate que la paupière supérieure porte sur sa face cutanée des lésions analogues à celles du cuir chevelu; la conjonctive est entièrement congestionnée, aussi bien la conjonctive palpébrale que la conjonctive bulbaire.

La cornée est trouble dans toute son étendue et présente au centre une ulcération à fond jaunâtre; pas d'hypopyon. L'exploration de la sensibilité montre une hyposthésie très marquée de la région ulcérée.

L'anesthésie cornéenne est complète.

L'appétit du malade est conservé, mais la température révèle, vers les 25 et 26 décembre, de l'hypothermie.

6 janvier 1906. — Les lésions cutanées vont beaucoup mieux; à la place des croûtes, cicatrice fortement pigmentée.

Les lésions oculaires sont en bonne voie, sécrétion conjonctivale beaucoup moins abondante; l'ulcère cornéen prend à peine le bleu, la cornée s'éclaircit.

OBSERVATION XIV

(Thèse de Duméry. Service de M. le Professeur ROLLET). Résumée.

Zona ophtalmique droit. Eruption frontale. Chémosis. Kératite ulcéreuse, suivie de phlegmon de l'œil. Enucléation.

T... Jean, 61 ans. Entre le 12 novembre 1895 à l'Hôtel-Dieu, service ophtalmologique. (M. Rollet suppléant de M. Gayet.)

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Il y a vingt jours, le malade, qui est terrassier, reçoit un éclat de pierre sur le sourcil droit; le malade continua cependant son travail. Cinq jours après, douleurs vives, fulgurantes au niveau du point d'émergence du nerf sus-orbitaire droit, avec irradiations. Le lendemain, rougeur du front et du crâne, suivie d'éruption. Bientôt, apparaissent du larmolement et une photophobie intense.

Actuellement, quelques bulles sur la moitié droite du crâne et surtout des croûtes.

Paupière rouge, tuméfiée, chémosis intense.

Sur la cornée, petite perforation, par laquelle la chambre antérieure s'est vidée.

Malgré des pansements antiseptiques, phlegmon de l'œil; pus en petite quantité.

Le 22 novembre, énucléation.

Le 26 novembre, le malade va très bien, douleurs rares.

Le 30 novembre, le malade quitte le service.

Lésions de l'iris en général. — Les lésions de l'iris, bien que moins fréquentes que celles de la cornée, se rencontrent assez souvent; les auteurs estiment à un cinquième la proportion de ces lésions oculaires; comme pour les lésions de la cornée il existe des degrés très différents comme gravité, depuis l'iritis bénigne jusqu'à l'iritis grave et glaucome secondaire.

Nous envisagerons d'abord l'iritis bénigne, ensuite l'iritis grave avec ses complications. Le plus souvent, ces lésions de l'iris coïncident avec la kératite, soit isolément, soit lui faisant suite.

Iritis bénigne. — L'iritis bénigne ou iritis séreuse, limitée à la membrane épithéliale, qui tapisse la face antérieure de l'iris, est le plus souvent rencontrée; elle se manifeste à l'éclairage oblique. En outre, cercle péri-kératique, photophobie, douleurs. Il peut exister un changement de couleur. La pupille devient paresseuse; elle peut être rétrécie. Cette iritis apparaît généralement en même temps que l'éruption, mais peut lui être postérieure; elle présente une évolution lente et peut rétro-céder de même, ne laissant comme traces qu'une parésie de la pupille, avec quelques synéchies, qui disparaît peu à peu à son tour.

Iritis grave. — Bien plus grosse de conséquences est

l'iritis grave parenchymateuse, généralisée à tout le diaphragme irien; les symptômes généraux sont les mêmes, mais l'évolution en est beaucoup plus rapide; il y a, en outre, de la déformation de la pupille qui devient irrégulière; nous constatons de l'hypotonie, déjà signalée par Horner, Goldzieher, l'existence de synéchies postérieures; l'iris peut, en outre, contracter des adhérences avec la capsule antérieure du cristallin.

Le plus souvent, l'iritis grave est une complication de la kératite, complication dont il n'est pas toujours facile de se rendre compte étant donné la difficulté parfois très grande et même l'impossibilité d'examiner l'iris, la cornée étant atteinte d'opacification plus ou moins complète.

Il existe également une iritis grave primitive, sans ulcération de la cornée. D'après Fuchs, sur 80 cas réunis par Cohn à la clinique de Fuchs, à Vienne, 4 présentaient une iritis primitive sans lésion cornéenne.

Enfin, à la suite de l'iritis, nous pouvons voir survenir de l'iridocyclite avec hypotonie ou, au contraire, un glaucome secondaire (hypertonie).

Lésions glaucomateuses. — Il importe de bien connaître l'existence possible du glaucome, non seulement en tant que lésion secondaire à l'iridocyclite, mais en tant que lésion primitive afin de pouvoir le reconnaître et aussi le traiter rationnellement. L'hypertension est souvent méconnue et les instillations d'atropine donnent un résultat opposé à celui que l'on recherche.

Il n'y a pas lieu de commenter le fait qu'un glaucome secondaire puisse se développer consécutivement à des lésions iriennes et irido-choroïdiennes, mais il est par-

liéculièrement intéressant de voir qu'un glaucome primitif peut se montrer, alors que l'œil paraît normal, cette apparition de phénomènes hypertensifs faisant donc suite à une inflammation ciliaire sans qu'il y ait lésion oculaire superficielle.

Morax estime qu'il y aurait deux types de glaucomes au cours du zona : l'un, apparaissant dès le début, consécutivement à des phénomènes d'hypertension, sous forme de glaucome secondaire à l'iridocyclite; l'autre, glaucome peut-être latent et devenant manifeste par le fait du zona qui a provoqué de l'hypertension.

Nous rapportons un cas d'iritis du zona avec hypertension très nette. (Observation XVII.)

OBSERVATION XV

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique gauche, éruption frontale. Abolition du réflexe cornéen, iritis torpide avec synéchies.

D..., homme de 70 ans. Se présente à l'Hôtel-Dieu le 7 novembre 1919 (Clinique ophtalmologique).

Comme antécédents héréditaires, rien à signaler; comme antécédents personnels, le malade n'a jamais eu de maladie grave. Il signale simplement des douleurs rhumatismales fréquentes et un accident de lithiasé rénale qu'il a eu il y a quelques années, mais dont il ne souffre plus.

Au mois d'octobre, vers le 5 ou le 6, à la suite « d'un coup de froid » dit le malade, il s'aperçut le soir même que son œil gauche était, ainsi que les régions avoisinantes, le siège d'une douleur spéciale de cuisson et de gonflement. Le malade se coucha aussitôt et eut un peu de fièvre. L'œdème s'étendit à toute la région périorbitaire supérieure, les douleurs étaient intenses.

Le lendemain, il y eut une éruption de vésicules d'herpès sur la région frontale gauche, depuis le rebord supérieur de l'orbite jusqu'au vertex, mais ne dépassant pas la ligne mé-

diane et n'empiétant pas sur le côté opposé; il n'y en avait pas sur la région jugale et il n'y avait pas de troubles de la vision. Le malade signale seulement que son œil pleurait un peu plus que celui du côté voisin et qu'il avait un peu de coryza. Le malade fut conduit à la Croix-Rousse, fut soigné par l'application de trois sangsues sur la région temporo-malaire et par de l'aspirine. Il resta trois semaines dans cet hôpital, pendant lesquelles les douleurs très intenses se calmèrent un peu, mais ne disparurent pas; les vésicules donnèrent un liquide citrin, furent pansées, et lorsque le malade sortit, les douleurs n'avaient pas complètement cédé, mais du moins le gonflement était beaucoup moins important.

Le 7 novembre 1919, il entre dans le service de M. le professeur Rollet, où l'on constate un zona typique, avec la trace de l'éruption qui desquamait et la pigmentation de la peau dans la région intéressée.

A cette époque, on ne notait rien du côté du globe oculaire, si ce n'est une synéchie irienne. Rien à la cornée. On se borna à mettre quelques gouttes de bleu de méthylène dans l'œil; le malade resta un mois dans le service et, à sa sortie, les douleurs subsistaient toujours.

Depuis sa sortie, il vient à la consultation tous les huit jours; on continue les instillations de bleu de méthylène.

12 janvier 1920. — On constate, au premier abord, toujours la coloration plus marquée de la moitié gauche de la tête, dans la région orbito-frontale. Par l'exploration de la sensibilité cutanée, il existe à ce niveau et correspondant exactement à cette zone, un territoire d'anesthésie. Cette anesthésie est complète au niveau du rebord supérieur de l'orbite, de l'arcade sourcilière, de la partie supérieure de la région nasale à gauche, de la partie gauche de la région intersourcilière. A mesure que l'on remonte le long de cette bande cutanée, de bas en haut, on constate que cette anesthésie va un peu en s'affaissant et que vers la partie postérieure, elle fait place à de l'hypesthésie où le malade dit sentir davantage. L'exploration par la chaleur et le froid montre que ces modes de sensibilité sont retardés. Donc, territoire d'anesthésie des rameaux frontaux, externe et interne, et des rameaux nasaux du frontal externe.

Les douleurs sont très peu accusées.

Oeil droit : néphélion paracentral.

Oeil gauche : légère injection conjonctivale de la partie supérieure et inféro-externe. Abolition du réflexe cornéen de ce côté.

Cercle périkératique bien marqué. Synéchies à VIII h. et à VI h. Iritis torpide.

$V = 1/4$ pour l'œil droit, $V = 1/3$ pour l'œil gauche.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

OBSERVATION XVI

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique gauche. Eruption fronto-naso-temporale.

Iritis.

(Voir photographie N° 1)

G..., femme de 60 ans, ménagère. L'affection remonte à quinze jours. Le début s'est manifesté par une céphalée violente et par une éruption fronto-naso-temporale sous forme de papules remplies d'une sérosité jaunâtre. Actuellement, 17 juin 1913, nous constatons des croûtes noirâtres sur le territoire de l'éruption.

La paupière supérieure est très tuméfiée.

La conjonctive est très injectée; la pupille est déformée.

OBSERVATION XVII

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique gauche. Eruption fronto-temporale.

Anesthésie cornéenne. Iritis avec hypertension.

M..., femme de 66 ans. Rien à noter comme antécédents héréditaires; comme antécédents personnels, diphtérie à trente ans, suivie de paralysie du voile du palais, ayant duré six mois. A eu une hémiplegie en 1914 avec paralysie du bras et de la jambe gauches, paralysie qui a duré trois semaines.

L'affection a début le 1^{er} juin 1920; la malade raconte que son affection a débuté par des douleurs de l'œil et une éruption sur le front et la tempe gauche. Elle a consulté un médecin qui l'a envoyée à l'Hôtel-Dieu où elle s'est présentée, le 12 février, pour de violentes névralgies à siège sous-orbitaire, sus-orbitaire et temporal; elle dit que sa vision à

gauche a été très diminuée, surtout pendant un jour ou deux, ne se souvient pas d'avoir eu d'éruption sur l'œil.

La paupière supérieure est peu distendue, il y a de la conjonctivite, de la photophobie. Pas de troubles de la cornée, anesthésie cornéenne. Pas de cercle péricératique.

Iris à moitié dilaté, contour pupillaire irrégulier, synéchies postérieures.

Pas de troubles moteurs, si ce n'est un peu de paresse du droit inférieur.

Acuité visuelle : O. D. = 1; O. G. = 1/8.

Examen du fond de l'œil : la coloration est moins marquée que normalement; pas de tension.

Le 16 février. — Même état de l'œil, mais O. D. T. = 22; O. G. T. = 50.

Le 22 mars. — Etat un peu meilleur.

Lésions oculaires rares. — Complications hémorragiques et rétiniennes.

Ces lésions ont été le sujet d'opinions multiples de la part des divers auteurs, étant donné le petit nombre de cas que l'on rencontre au cours du zona; mais, actuellement, leur existence est bien démontrée.

Hybord niait les complications rétiniennes de même que les modifications de la tension au cours du zona : pour lui, les altérations de la choroïde et de la rétine seraient dues à des altérations secondaires se rattachant au zona. Par contre, Opin et Machek montrent des modifications de la tension oculaire.

Pour nous, il est fort probable que les complications hémorragiques ainsi que le décollement de la rétine sont consécutives à l'hyperhémie des vaisseaux ce qui explique l'hypertension et que l'atrophie et la névrite optiques reconnaîtraient pour cause une sorte d'étranglement au niveau de l'anneau sclérotical.

Citons d'abord l'hémorragie de la chambre antérieure : Sasportas est le premier auteur qui l'a signalée ; nous résumons très rapidement son observation : il s'agit d'un homme de 59 ans ; le 30 juillet 1912, zona frontal gauche, paupière gauche tuméfiée, rien à la cornée ; le 13 août, on constate l'existence d'une abondante hémorragie remplissant les deux tiers de la chambre antérieure ; cornée complètement anesthésiée, pas de traces d'ulcérations ; iris de couleur rouge avec ecchymoses, caillot hémorragique, état général bon ; ni sucre, ni albumine. Quelques jours après, iris toujours ecchymotique, tension au-dessus de la moyenne, résorption lente en trois semaines. Vers la partie centrale de la cornée, opacité, iris dilatée, anesthésie cornéenne persistante. Le 9 octobre, leucome peu étendu ; le 20 décembre, iridocyclite et absence de tension. Six semaines plus tard, œil évoluant vers la phtisie, leucome épaissi.

Ajoutons que l'atrophie du globe peut être, comme on le voit ici, consécutive à l'hémorragie de la chambre antérieure. Haltenhoff, en 1893, a signalé le premier cas de rétinite hémorragique.

Quant au décollement de la rétine, il reconnaît pour cause, soit l'iridocyclite, soit une hémorragie sous-rétinienne.

Citons enfin l'atrophie de la pupille et la névrite optique. Pacton estimait, en 1878, que l'atrophie de la pupille au cours du zona n'était pas certaine ; Bowmann en donne un exemple.

La névrite optique a été étudiée par Désirat qui en donne plusieurs observations. Dans la névrite optique, la perception lumineuse est complètement abolie, la

pupille dilatée et immobile, parfois quelques synéchies; l'iris a perdu son lustre; la paupière tombe de façon à recouvrir complètement le globe. D'autre part, les douleurs peuvent être très-violentes et persister longtemps.

OBSERVATION XVIII (*résumée*)

(DAGUENET, *Recueil d'Ophthalmologie*, 1877)

Zona ophtalmique droit. Névrite optique.

M. C..., 50 ans, ne présente aucun antécédent morbide. En avril 1876, douleurs névralgiques semblant partir du globe oculaire droit, et s'irradiant dans le front et dans la tempe. En même temps, apparition d'une plaque rouge sur la partie droite de la racine du nez; vives démangeaisons.

Quatre jours après le début, les douleurs augmentent et s'accompagnent de gonflement et rougeur du front et de la paupière. Le malade s'aperçoit qu'il ne voit presque plus de l'œil droit.

Conjonctivite légère avec larmolement. Rien à la cornée, rien à l'iris, si ce n'est que la pupille est un peu plus dilatée que du côté opposé. A l'ophtalmoscope, les milieux ont leur transparence, mais on trouve tous les signes d'une névrite optique fortement accentuée; la pupille est tuméfiée et complètement masquée par des exsudats; on ne reconnaît plus le point d'émergence des gros vaisseaux.

Le malade peut à peine compter les doigts à 30 centimètres. Au bout de quatre mois, la vision est sensiblement améliorée. Acuité visuelle : $1/6$; pupille présentant tous les caractères d'une atrophie consécutive.

CHAPITRE IV

-Troubles sympathiques et troubles moteurs paralytiques.

Les nombreux auteurs ayant traité la question du zona ophtalmique mentionnent l'anesthésie de la cornée, mais n'en parlent que comme d'un phénomène purement accessoire, se manifestant fréquemment au cours de leurs observations, et ne paraissant pas y attacher l'importance que nous lui attribuons.

Or, étant donné qu'il se manifeste au niveau de l'œil, qu'il se manifeste sur la peau et que nous trouvons cette anesthésie dans tous les cas que nous avons rencontrés, nous nous considérons comme parfaitement autorisé à en déduire que cette anesthésie cornéenne est une preuve que l'œil est toujours atteint, alors même que l'on ne constaterait aucune autre lésion oculaire; elle dénote une lésion du sympathique.

Cette anesthésie se manifeste par une insensibilité plus ou moins marquée de la cornée, et la conjonctive elle-même, dans un certain rayon autour de la cornée, participe à cette insensibilité assez fréquemment. Il n'est aucunement nécessaire de constater la présence d'ulcères sur la cornée pour qu'il y ait anesthésie; il y a, d'autre part, comme nous l'avons dit, des éruptions de très courte durée.

Cette anesthésie se montre, soit en même temps que l'éruption, ce qui est le plus fréquent, soit à son déclin;

parfois, elle ne dure que peu de temps, quelques jours ; parfois, au contraire, elle persiste longtemps, alors même que l'éruption a complètement disparu et peut même se manifester pendant des mois.

Comme autres symptômes de troubles sympathiques, nous pouvons constater un ptosis léger, passager ou persistant, qui est différent du ptosis prononcé qui, lui, relève de la paralysie du releveur, par suite du moteur oculaire commun. On peut rencontrer également du myosis qui peut exister, soit seul, soit accompagné de phénomènes paralytiques : dans le premier cas, la pupille reste contractée et sa dilatation par l'atropine est difficile ; on peut être tenté de penser à l'iritis, mais il n'y a pas de synéchies et, d'autre part, l'iris présente un aspect complètement normal. La contraction de l'iris est dans une dépendance étroite des phénomènes douloureux, résultant de l'irritation de la cornée et de la conjonctive. Enfin, on peut constater de l'énophtalmie. Van Duys a signalé de l'énophtalmie alternant avec l'exophtalmie.

Ces phénomènes s'expliquent par des troubles du sympathique qui innerve le tissu musculaire lisse orbitaire et les diverses régions de l'œil.

OBSERVATION XIX

(Due à M. le Professeur ROLLET.)

Zona ophtalmique gauche avec troubles sympathiques.

Louis J..., 57 ans, se présente le 21 février 1920, à la consultation de M. le professeur Rollet. Le 8 février, douleurs très vives à la tête, à gauche. Eruption trois jours après, plaques rouges et vésicules, toujours des douleurs vives. Pas de

fièvre, mais insomnie. Bonne santé habituelle, mais migraines fréquentes avec vomissements.

21 février. — Actuellement, taches rouges, brunâtres, sur toute la moitié gauche du front. Macules se prolongeant dans le cuir chevelu; légère éruption brunâtre à la face interne gauche du nez. Hypoesthésie à gauche, sur le front et le nez; les douleurs persistent à ce niveau.

Paupière supérieure très nettement en demi-ptosis, énoptalmie, pupille rétrécie. Anesthésie complète de la cornée et de la conjonctive. V = 2/5.

A droite, rien à signaler.

Lésions motrices et associations paralytiques. — Déjà signalées par la plupart des auteurs, Désirat fait, en 1903, une étude détaillée des paralysies motrices de l'œil au cours du zona ophtalmique.

Les lésions musculaires sont assez rares; elles peuvent intéresser, soit les muscles ciliaires, soit le sphincter, soit les muscles moteurs de l'œil; il peut, en outre, y avoir association de ces paralysies entre elles et le facial peut être intéressé.

Ces paralysies éclatent le plus souvent, comme la plupart des lésions oculaires que nous avons étudiées, en même temps que l'éruption, ou bien la suivent de peu. Ces paralysies présentent tous les degrés, se manifestant, soit par quelques troubles légers, pouvant parfois passer presque inaperçus, atteignant un muscle ou un groupe de muscles, soit par une paralysie totale d'un ou plusieurs muscles. Il est rare de voir ces paralysies évoluer en même temps que la névrite optique.

Du côté de l'iris, elle se traduit ou par de la non contractilité à la lumière, ou par une dilatation continue de la pupille, qui indique la paralysie du diaphragme irien;

parfois, la dilatation pupillaire peut aussi constituer le seul symptôme de la paralysie du moteur oculaire commun. Enfin, dans certains cas, communiqués par MM. Cabannes et Abadie, les deux yeux étaient intéressés.

Comme paralysies atteignant les muscles de l'œil, on constate que la paralysie la plus fréquente est celle du moteur oculaire commun; celle du moteur oculaire externe est plus rare; enfin, celle du pathétique se rencontre encore plus rarement.

Le diagnostic de ces paralysies n'est pas très difficile et ne diffère en rien des paralysies habituellement rencontrées, se manifestant par de la diplopie et par un degré de strabisme plus ou moins marqué.

Quant au pronostic, nous pouvons dire que le plus souvent ces paralysies rétrocedent, se traduisant seulement par quelques troubles passagers; dans quelques cas plus rares, certains muscles restaient paralysés, comme cela s'observe dans l'hémiplégie.

Ces paralysies, apparaissant sans phénomènes généraux, sont une preuve de la nature du zona, considéré comme névrite de nature infectieuse.

Quant à la paralysie faciale, associée aux paralysies des muscles de l'œil, dont Sasportas cite un exemple, elle s'expliquerait par la propagation du processus infectieux issu de la branche ophtalmique.

Nous ajouterons enfin que le zona peut déterminer ou être le symptôme d'une lésion encéphalique : nous avons rencontré un cas d'hémiplégie au cours du zona; d'autres faits semblables ont été signalés par Grosetti et par Drinand; chez ces malades, l'hémiplégie a suivi

de près le zona ophtalmique; Brissaud rapporte un cas d'hémiplégie croisée; d'autre part, MM. Rollet et Grandclément, à la séance de la Société d'ophtalmologie de Lyon, en juin 1910, présentaient un malade qui rentre bien dans la catégorie des zonas décrits par Brissaud, et qui eut d'abord une hémiplégie gauche légère et de courte durée, puis deux ans après un zona ophtalmique gauche; enfin, récemment, une paralysie du droit inférieur gauche. Il faut certainement admettre pour ce cas l'existence d'une lésion centrale qui ne s'arrêtera probablement pas là et produira des lésions plus étendues et plus graves.

Dans ces troubles nerveux graves, il s'agit habituellement d'une hémiplégie pédonculaire, ayant pour origine une lésion encéphalique siégeant très probablement au pied du pédoncule et se traduisant par le syndrome de Veber, avec ou sans hémianesthésie alterne.

CHAPITRE V

Pronostic du zona ophtalmique.

Le pronostic du zona ophtalmique doit toujours être réservé, étant donné les lésions oculaires qui, comme nous l'avons vu, ne manquent jamais, et, d'autre part, l'existence d'une lésion encéphalique possible.

Si les lésions oculaires sont le plus souvent relativement bénignes, elles peuvent devenir brusquement graves.

Ces diverses lésions peuvent aboutir tout au moins à une diminution notable de la vision, car, dans la kératite qui est un des accidents les plus fréquents, il est bien rare qu'il ne persiste pas un certain trouble de la cornée et nous pouvons répéter l'opinion d'Hutchinson : quand l'œil a participé, et nous savons qu'il y participe toujours plus ou moins, à la maladie, la cornée perd fréquemment sa sensibilité et ne la recouvre presque jamais complètement. D'autres fois, c'est un leucome persistant. Le pronostic est assombri, non seulement par le fait que les ulcérations cornéennes peuvent s'infecter secondairement et aboutir à l'iridocyclite, à la perforation, au glaucome secondaire, à la suppuration du globe, à l'atrophie, ce qui est relativement rare, mais par les lésions qui peuvent apparaître, alors même qu'il n'y a aucune lésion superficielle : il y a, comme nous l'avons

vu, la kératite primitive, l'iritis grave, le glaucome primitif.

D'autre part, il y a la possibilité de voir apparaître une lésion hémorragique, une névrite, qui compromettent complètement la vision.

En outre, ces diverses lésions oculaires s'accompagnent de douleurs parfois intenses qui persistent très longtemps et qui peuvent nécessiter une intervention.

Si les lésions oculaires peuvent aller jusqu'à la perte partielle ou totale de la vision du côté intéressé, il peut se produire, dans un délai plus ou moins rapproché, une ophtalmie sympathique qui entraînera la perte de la vision ou de l'œil resté indemne; c'est ainsi que dans Guérin, nous trouvons l'observation d'une malade ayant eu un zona compliqué de staphylome avec perte de l'œil et qui, trois ans après, fit de l'ophtalmie sympathique.

Il y a également des cas relatés par différents auteurs où une lésion localisée, n'entraînant pas la perte de l'œil, peut produire sur l'autre œil une lésion symétrique et identique.

Quant aux paralysies qui peuvent se montrer au cours du zona, elles dénotent un processus infectieux qui peut être le point de départ ou le signe d'une lésion encéphalique déjà existante, que Brissaud a particulièrement étudié, et qui peut se manifester, soit au cours de la maladie, comme nous l'avons observé, soit longtemps après, par des accidents graves et même mortels.

Le zona peut n'être donc qu'un épisode dans un syndrome nerveux plus grave; il est possible que le zona ouvre la scène et que des symptômes plus graves le suivent à une distance plus ou moins éloignée. Parfois,

en effet, nous avons vu le zona venir remplacer des symptômes douloureux périodiques, une migraine, par exemple.

Le pronostic sévère du zona s'explique donc par la nature même du zona ophtalmique, comme nous l'étudierons dans le chapitre suivant.

OBSERVATION XX

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique gauche. Eruption fronto-nasale. Zona symptomatique d'une lésion encéphalique. Ictus et hémiplégie droite.

D..., homme de 60 ans. A 28 ans, traumatisme (chute d'une branche d'arbre); ayant enfoncé le rebord orbitaire supérieur et ayant nécessité l'énucléation de l'œil gauche. Rien autre dans les antécédents; éthylisme léger.

Au mois de mars 1912, ictus (perte de connaissance de vingt-quatre heures), suivi, dans la région oculo-temporale gauche, de douleurs très violentes, empêchant le sommeil. En même temps, se produisait une éruption occupant la face gauche du nez, la région palpébrale et frontale gauche, s'arrêtant en une ligne très nette au milieu du front. Au début, petites vésicules groupées sur des placards rouge sombre, ces vésicules séchèrent et furent remplacées par des croûtes qui tombèrent, faisant place aux cicatrices que l'on voit actuellement (3 juin 1912).

Pas d'œdème, anesthésie tactile dans le domaine de l'éruption; ni vertiges, ni céphalée; quelques douleurs persistent encore. Le 9 juin, le malade prend un ictus apoplectique, avec un coma très court, dont il est sorti avec hémiplégie droite et aphasie complète.

Le malade quitte le service le 10 juin et entre dans un service de médecine.

CHAPITRE VI

De la nature du zona.

La pathogénie du zona ophtalmique a été étudiée et discutée par nombre d'auteurs, mais il en est peu qui, jusqu'à ces dernières années, aient pu donner une explication rationnelle des diverses lésions que l'on rencontre au cours du zona. Encore est-il qu'à l'heure actuelle, il reste bien des points obscurs.

Hutchinson estimait que le zona est dû à l'irritation de la branche ophtalmique et les lésions de l'œil à celle des branches ciliaires.

Pour Bowmann, le zona ne serait qu'une variété de congestion consécutive à une inflammation des extrémités périphériques. Oscar Wyss, de Zurich, après des recherches anatomiques et histologiques, conclut qu'il s'agit d'une névrite primitive du ganglion de Gasser et non d'un trouble de nutrition dans la zone du trijumeau.

Hybord considère que l'éruption cutanée et les lésions oculaires ne dépendent pas de la paralysie des vaso-moteurs.

Le professeur Landouzy montre que le zona vrai devrait être regardé comme une maladie infectieuse particulière à localisation nerveuse et qu'il fallait la différencier des éruptions zostiriformes symptomatiques, d'origines diverses. Il s'ensuit donc qu'il faut distinguer le zoster, qui serait une maladie générale de

l'éruption zostiriforme; il y a entre ces deux affections toute la différence qui sépare la maladie d'un symptôme.

M. Landouzy montre que le zona typique est accompagné de phénomènes généraux qui coïncident avec l'éruption et que cette maladie, qu'il appelle fièvre zoster, trouble l'organisme entier et confère l'immunité.

A l'encontre de cette immunité, Mattignon cite le cas d'un jeune soldat, sujet depuis son enfance à des attaques de zona ophtalmique, et chaque accès s'annonçait par des phénomènes généraux; l'auteur a réuni plusieurs cas de cette nature.

Un autre argument de M. le professeur Landouzy, c'est la contagiosité du zona : les cas se présentent par série, à certaines saisons.

Enfin, certains auteurs citent des épidémies de zona : Kapossi, Pfeiffer. Cette théorie ne peut se soutenir lorsque nous envisageons le zona se manifestant par des lésions oculaires et paralytiques; les phénomènes généraux font presque toujours complètement défaut ou sont très peu accusés dans tous nos cas : il n'y a pas de fièvre vraie, pas de céphalée profonde, pas d'embarras gastrique. Les douleurs névralgiques peuvent exister longtemps avant l'éruption; le territoire de l'éruption présente souvent un œdème très marqué. En outre, après l'éruption, les troncs nerveux restent sensibles à la pression.

D'après Brissaud, le zona, qui n'est presque jamais, en effet, accompagné de phénomènes généraux, serait le symptôme d'une lésion ou d'un trouble fonctionnel qu'il reste à déterminer : si le zona peut être symptomatique d'une lésion centrale, il ne nous paraît pas,

pour cela, qu'il faille en arriver à nier l'existence du zona, comme paraît le faire Brissaud; d'autre part, les troubles nerveux et paralytiques ne surviennent pas nécessairement.

Pour nous, il semble que le zona a pour origine un processus irritatif des cellules du ganglion de Gasser, d'origine toxique ou infectieuse.

Cette idée serait en concordance avec les observations anatomo-pathologiques d'Oscar Wyss, qui démontre l'altération du ganglion de Gasser; ce ganglion présentait une suffusion sanguine, était hyperhémique, plus gros et plus mou que celui du côté opposé; en outre, le nerf ophtalmique était également atteint.

CHAPITRE VII

Traitement du zona ophtalmique.

En présence d'un cas de zona ophtalmique, le médecin devra toujours penser que les lésions oculaires étant un symptôme de la maladie, il y a lieu de les rechercher avec soin dès le début de l'affection. Nombre de zonas sont méconnus ou confondus avec d'autres affections, comme nous l'avons vu, car l'attention n'est pas attirée tout d'abord du côté de l'œil (étant donné l'anesthésie cornéenne, le malade ne se plaint pas), et on ne considère que l'éruption et ses douleurs névralgiques qui, surtout, constituent la seule raison pour laquelle le malade est amené à consulter le médecin.

Il ne faut pas oublier que les lésions oculaires graves peuvent se développer, alors même que la cornée est complètement intacte ; il y a lieu, étant donné leur développement souvent rapide, de pratiquer fréquemment un examen complet de l'œil ; il y aura lieu également de surveiller l'apparition des lésions oculaires tardives, alors même que toute éruption a disparu.

Étant donné que le plus grand nombre des lésions sont dues à des ulcérations cornéennes, leur évolution doit être surveillée et une antisepsie rigoureuse de l'œil devra être continuellement pratiquée, étant donné les risques d'infection secondaire dès le début de l'éruption, afin de

prévenir la suppuration des vésicules, cause d'ulcérations.

Pour calmer les douleurs, nous emploierons des compresses d'eau chaude; pour traiter les ulcérations, nous ferons des attouchements au bleu de méthylène à 1/1000^e, et nous appliquerons de la pommade à l'ichthyol à 1/200^e.

Dans l'œil, instillations de collyre au bleu de méthylène à 1 centigramme pour 10; pommade au rouge écarlate en applications (5 centigrammes pour 10).

Les ulcères seront touchés à la teinture d'iode et injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène.

Dans le cas d'iritis, atropine; s'il y a de l'hypertension, éserine et pilocarpine.

Enfin, pour calmer les névralgies, antipyrine, aspirine, pyramidon, en somme tous les nervins.

Nous ajouterons que M. le professeur Rollet a employé la radiothérapie, qui paraît avoir une action sédative.

CONCLUSIONS

1° Le zona ophtalmique est une affection, sinon fréquente, du moins beaucoup moins rare que l'indiquent les auteurs; c'est, d'autre part, une affection parfois méconnue et dont les manifestations oculaires peuvent prendre une allure très rapidement grave.

2° Le professeur Rollet reconnaît au zona ophtalmique une triade symptomatique : la douleur, l'éruption et les lésions oculaires.

Certaines lésions oculaires se montrent dans tous les cas, ce ne sont donc pas des complications. Elles peuvent apparaître alors même que l'éruption est uniquement frontale, et non nasale, ce qui est en contradiction avec la loi formulée autrefois par Hutchinson.

Quant à l'éruption temporale, elle indique une innervation de cette région par des branches de l'ophtalmique et non du maxillaire supérieur.

3° Le zona comporte des lésions oculaires multiples atteignant les diverses régions de l'œil :

a) A la conjonctive, lésions généralement éphémères et bénignes;

b) A la cornée, kératite interstitielle circonscrite, l'épithélium restant normal;

A l'épithélium cornéen, les vésicules très rapidement se flétrissent et s'ulcèrent, d'où possibilité d'un ulcère infectieux avec leucome ou iritis infectieuse, perforation, hypopyon, panophtalmie.

c) A l'iris : iritis simple à marche torpide (iritis bénigne); mais nous attirons l'attention sur l'iritis grave avec iridocyclite et hypotonie, et surtout l'iritis avec synéchies et hypertonie (glaucome secondaire);

d) Signalons, comme lésions plus rares, l'hémorragie de la chambre antérieure, la rétinite hémorragique, le décollement de la rétine, l'atrophie et la névrite optique.

4° L'anesthésie de la cornée existe dans tous les cas. En raison de la participation de troubles sympathiques, on peut noter, outre l'anesthésie cornéenne, du ptosis léger, du myosis, de l'énophtalmie. Il y a aussi des complications motrices, des associations paralytiques : paralysie de l'accommodation, de l'iris; paralysies des muscles de l'œil : moteur oculaire commun surtout; plus rarement, moteur oculaire externe, pathétique; enfin, la paralysie faciale.

5° Le pronostic du zona ophtalmique doit toujours être réservé, par suite des lésions oculaires qui l'accompagnent, et quelquefois des lésions encéphaliques.

6° Le zona ophtalmique est une affection généralement fébrile qui ne paraît pas répondre à la fièvre zoster; il s'agit vraisemblablement d'une ganglio-radiculite de cause toxique ou infectieuse, s'observant surtout chez le vieillard.

7° Le traitement consistera surtout à surveiller atten-

tivement les complications cornéennes par une antiseptie rigoureuse.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ETIENNE ROLLET.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 mars 1920.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONELLI. — *Journal de Médecine de Paris*, 1903.
- BRISAUD. — *Bulletin médical*, 1896.
- DAGUENET. — *Recueil d'Ophtalmologie*, 1877.
- DUMÉRY. — Le zona ophtalmique et ses manifestations graves (*Thèse de Lyon*, 1896).
- DÉSIRAT. — Quelques complications du zona ophtalmique (*Thèse de Bordeaux*, 1903).
- GUÉRIN. — Du zona ophtalmique (*Thèse de Paris*, 1884).
- HUTCHINSON. — *Royal London ophtalmic hospital reports*, 1866.
- HYBORD. — Le zona ophtalmique (*Thèse de Paris*, 1872).
- DE LAPERSONNE et CANTONET. — *Précis de Neurologie oculaire* (Paris, Masson, éditeur).
- LANDOUZY. — *Semaine médicale*, 1883.
- MATTIGNON. — *Société médicale des Hôpitaux*, 2 février 1894.
- MORAX. — *Annales d'oculistique*, 1916.
- MORAX. — Le zona ophtalmique. *Encyclopédie française d'ophtalmologie* (Doin, éditeur, Paris).
- PACTON. — Du zona ophtalmique (*Thèse de Paris*, 1878).
- ROLLET. — Communication à la Société de Médecine de Lyon, juillet 1896.
- ROLLET. et GRANDCLÉMENT. — *Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Lyon*, 1910.
- ROLLET. — Le zona ophtalmique (sous presse). *Journal de Médecine de Lyon*, avril 1920.
- SASPORTAS. — Contribution à l'étude du zona ophtalmique (*Thèse de Paris*, 1913).
- SERMAKICHIAN. — *Zona de la troisième branche du trijumeau*. Paris, 1913.
- SICARD. — *Revue de Neurologie*, 1919.
- SULZER. — *Annales d'oculistique*, 1898.
- TESTUT. — *Anatomie topographique*, 1914. Paris, Doin, édit.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
Dé la fréquence du zona ophtalmique.....	8
Symptômes du zona ophtalmique.....	12
Lésions oculaires.....	21
Troubles sympathiques et troubles moteurs paralytiques.	46
Pronostic	51
De la nature du zona ophtalmique.....	54
Traitement.	57
Conclusions	59
Index bibliographique.....	62
